UEBER

TRAUMATISCHE EPITHELCYSTEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

DR. P. VON BRUNS

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

ALFONS WÖRZ

TÜBINGEN 1897

H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG

UEBER

TRAUMATISCHE EPITHELCYSTEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

DR. P. VON BRUNS

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

ALFONS WÖRZ

TÜBINGEN 1897

H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0132

Sonderabzug aus **Beiträge zur klinischen Chirurgie.** XVIII. Band. III. Heft.

Schon seit langer Zeit war es bekannt, dass Tumoren mit atherombreiähnlichem Inhalt an Stellen des menschlichen Körpers vorkommen, welche weder Haarbälge noch Talgdrüsen enthalten, wie z. B. an der Hohlhand und der Volarseite der Finger. Man konnte für diese merkwürdige Thatsache keine befriedigende Erklärung finden. Manche sahen diese Geschwülste als Dermoide an, entstanden aus abgeschnürten Hautkeimen, die aus dem Fötalleben zurückgeblieben sind, obgleich niemals Haare, Zähne oder Drüsen, die sicheren Erkennungszeichen der Dermoide, darin gefunden wurden.

Wernher gibt an, dass „wirkliche Balggeschwülste" an völlig haarlosen Stellen zweifellos nachgewiesen worden seien, und führt zum Beweis an, dass er „ein Atherom aus der Hohlhand eines Arbeiters exstirpiert habe".

Wieder Andere meinten, diese Tumoren können sich aus Schweissdrüsen entwickeln, indem das Drüsenepithel sich in Plattenepithel umwandle. Doch spricht der histologische Befund nicht

dafür. Auch wurden derartige Geschwülste schon an Stellen gefunden, an welchen gar keine Schweissdrüsen vorkommen.

Franke war der erste in Deutschland, welcher in ausführlicher Weise nachgewiesen hat, dass es eine Anzahl von Epithelcysten der Haut gebe, welche fälschlich Atherome oder Dermoide genannt wurden, und zu diesen rechnete er auch die Epithelcysten der Hohlhand und der Volarseite der Finger. Er nannte diese Tumoren „Epidermoide". Doch war auch er bezüglich ihrer Aetiologie der Ansicht, dass sie kongenital angelegt seien.

Erst durch Reverdin wurde die Aetiologie der genannten Cystengeschwülste in richtiger Weise erkannt. Er machte nämlich die Beobachtung, dass der Entwicklung dieser Cysten fast immer Traumen wie Stich, Biss, Quetschung etc. vorausgehen, und dass diese Cysten sich stets an der verletzten Stelle entwickeln.

Nun war durch die Experimente von Kaufmann und Schweninger festgestellt worden, dass abgetrennte Stücke der Haut ins subkutane Bindegewebe sowohl wie in die Bauchhöhle lebender Tiere implantiert werden können, dass sie sich dort erhalten und ihre physiologische Funktion, die Epidermisproduktion, fortsetzen können. Auf diese Weise entsteht dann eine Anhäufung von Epidermisbrei, der in einer Art Balg eingekapselt ist. Es lag daher nahe, die Entstehung der sogen. Atherome und Dermoide der Hohlhand und der Volarseite der Finger in ähnlicher Weise zu erklären.

Reverdin stellte nun die Ansicht auf, dass durch das Trauma ein Stück der Epidermis ins subkutane Gewebe implantiert werde, und dass es dort sich zu einer Cyste entwickele, eine Ansicht, die durch die histologische Untersuchung solcher Cysten bestätigt wurde, indem vielfach das implantierte Epidermisstück wieder erkannt wurde. Ausser seinen eigenen Beobachtungen hat Reverdin noch 30 weitere Fälle aus der Litteratur gesammelt, die ohne Zweifel auf dieselbe Weise entstanden waren. Labougle, Garrè, Blumberg, Martin u. A. haben ebenfalls derartige Fälle mitgeteilt.

Garrè hat aus der Bruns'schen Klinik mehrere Fälle eingehend beschrieben und für sie den Namen „traumatische Epithelcysten" eingeführt. Das Verdienst seiner Arbeit ist es, die Aufmerksamkeit der deutschen Fachgenossen auf die bisher nur wenig beachtete Geschwulstform gelenkt und zu mehrfachen Arbeiten die Anregung geliefert zu haben. Eine Erweiterung unserer Kenntnisse haben dieselben namentlich nach der histologischen Seite gebracht

durch den Nachweis von Riesenzellen in der Umgebung versprengter Hornschüppchen (Böhm, Henke), welche von den Autoren wohl mit Recht als Fremdkörperriesenzellen aufgefasst werden. Diese Befunde sind um so wertvoller, als sie uns auf die Möglichkeit hinweisen, wie in Fällen, wo die Anamnese im Stich lässt, durch exakte histologische Untersuchung die Aetiologie der fraglichen Gebilde klargestellt werden kann.

In der englischen Litteratur hat neuerdings Sutton durch Einführung der Bezeichnung „Implantationscyste" einen das Wesen der Pathogenese treffenden Namen geschaffen.

Durch die Güte meines sehr verehrten Lehrers, Herrn Prof. Dr. v. Bruns, bin ich ebenfalls in der Lage zwei Fälle von traumatischen Epithelcysten aus der hiesigen chirurgischen Klinik mitteilen zu können. Einen weiteren Fall hat mir Herr Dr. Henke, Assistent des pathologischen Instituts, zur Veröffentlichung überlassen. Ich lasse zunächst die Krankengeschichten folgen:

1. M. W., 21 Jahr alt, aus Wolfschlugen, erlitt vor $1^1/_2$ Jahren einen Schlag mit einem Hammer auf die Volarseite der zweiten Phalanx des rechten Zeigefingers. Eine Wunde soll hierbei nicht entstanden sein. Dagegen entwickelte sich in unmittelbarem Anschluss ein Panaritium, welches spontan aufbrach und nach einiger Zeit ausheilte. Seit der Verletzung sei jedoch das betreffende Fingerglied dicker geblieben und habe eine fortdauernde Zunahme stattgefunden. In den letzten 4 Wochen will Pat. eine raschere Vergrösserung des Tumors bemerkt haben.

Status (11. VI. 96): An der Volarseite der genannten Phalanx, die ganze Länge derselben einnehmend, bemerkt man einen stark kirschgrossen kugeligen Tumor von praller Konsistenz, deutlich fluktuierend. Die bedeckende Haut ist normal, nur auf der Kuppe bemerkt man eine kaum sichtbare, stecknadelkopfgrosse Fistelnarbe. Der Tumor erweist sich bei elektrischer Durchleuchtung in hohem Grade transparent. Letztere Eigenschaft führt zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Sehnenscheidenhygroms.

Operation: Unter Schleich'scher Infiltrationsanästhesie gelingt es ohne Schwierigkeiten von zwei seitlichen Längsschnitten aus teils stumpf, teils scharf die Cyste geschlossen auszuschälen. Dieselbe lag im subkutanen Gewebe. Ueber der Höhe derselben ist die Haut ziemlich verdünnt. Naht, glatte Heilung. Die Cyste wird gebildet von einem derben weissen Balg, der eine Atherombrei ähnliche weisse Masse und daneben etwa 2—3 ccm wasserklare Flüssigkeit enthält.

Mikroskopisch besitzt die Cyste den Bau, den man bei den traumatischen Epithelcysten findet und der fast vollständig mit dem der Atherome übereinstimmt. In diesem Falle findet sich um die Cyste eine schmale bindegewebige Kapsel aus straffem kernarmem Bindegewebe, das cirkulär

angeordnet die Cyste umgiebt. Ausserhalb dieser Kapsel liegen an einzelnen Stellen neugebildete Gefässschlingen in einem mehr zellreichen Granulationsgewebe und in diesem vereinzelte abgesprengte Epidermisschüppchen, in deren Umgebung einzelne mehrkernige Zellen (Riesenzellen) sich finden. Die Cyste selbst besteht aus einer mehrschichtigen Lage von Plattenepithel, das gleichmässig ohne papilläre Erhebungen angeordnet ist. Haare, Schweiss- und Talgdrüsen sind in dem Cystenbalg nicht nachzuweisen. Der äussere mehrschichtige Ring von Plattenepithel zeigt überall eine gute Kernfärbung, die allmählich nach dem Innern der Cyste zu immer weniger gut wird, um allmählich in den lediglich aus verhornten Plattenepithelien bestehenden Inhalt der Cyste überzugehen. Der Belag der Cyste von verhornten Plattenepithelien ist zwiebelschalenartig angeordnet und erreicht an einigen Stellen eine Dicke von einigen Millimetern.

2. M. J. verletzte sich im Februar 1895 mit einer Gabel am rechten Zeigefinger. Es entstand nun an derselben Stelle eine kleine runde kaum kirschkerngrosse Cyste. Exstirpation 14. X. 95.

3. Eine 20jährige Fabrikarbeiterin fiel vor 3 Jahren mit der linken Hand in einen Nagel und zog sich eine Wunde zu, die schlecht heilte, aber nach 6—7 Wochen gut vernarbt war. Nach etwa 1 Jahr soll in der Gegend der Narbe eine harte, schmerzhafte, bei der Arbeit sehr lästige Anschwellung entstanden sein.

In der linken Hohlhand ist eine bohnengrosse, flache, derbe, schwielenartige Verdickung. In dem Gewebe ist eine alte Narbe zu sehen. Die Geschwulst ist bei Druck schmerzhaft.

Bei der Exstirpation reichte die Geschwulst ½ cm weit in die Tiefe. Unter der schwielenartig verdickten Haut befand sich ein cystisches Gebilde mit schleimigem krümmeligem Inhalt. Die Membran liess zwiebelschalenförmige Anordnung erkennen.

Was die Aetiologie der traumatischen Epithelcysten betrifft, so sind es nach Garrè's Ermittlungen meistens Stichwunden, mit mehr oder wenigen stumpfen Instrumenten beigebracht, welche die Entstehung derselben veranlassen. Dadurch wird ein Stückchen Epidermis im Zusammenhang mit seinen Gefässen ins subkutane Gewebe implantiert und entwickelt sich dort zu einer Epithelcyste, während die Wundränder über ihm zusammenheilen. Diese Entstehungsweise mag wohl für die meisten Fälle zutreffen; auch für unsere beiden letzten Fälle müssen wir sie annehmen. Wie es sich jedoch in dieser Hinsicht bei unserem ersten Fall verhält, ist nicht ohne weiteres klar. Das betreffende Epidermisstück kann primär durch den Schlag implantiert und in die Tiefe eingeheilt sein, ehe es zur Eiterung kam, so dass es von dieser nicht mehr geschädigt wurde. Die Anamnese giebt zwar keinen Anhaltspunkt für eine primäre Wunde, aber

der Nachweis des Panaritiums macht sie wahrscheinlich. Andererseits ist es aber auch denkbar, dass erst bei Ausheilung des Panaritiums ein Stückchen Epidermis in die Wunde eingeheilt ist. Wie nun dies zu Stande kam, ob durch Umstülpen der Wundränder, oder ob das Epidermisstück erst, nachdem es völlig losgetrennt war, einheilte, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Unbedingt nötig ist es gewiss nicht, dass das implantierte Epidermisstück im Zusammenhang mit seinem Mutterboden geblieben sei, sondern es kann sich auch, wenn es vorher vollständig abgetrennt war, zu einer Epithelcyste entwickeln.

Einen gewissermassen experimentellen Beweis hiefür bildet eine Beobachtung aus der Bruns'schen Klinik, in welcher ein frisch genähter Nerv. radialis an der Stelle der Naht mit Epidermis umhüllt worden war.

Bei einem 7jähr. Jungen, welcher eine Radialislähmung infolge Zerreissung des Nerven bei Fraktur des Humerus davongetragen hatte, ging das anfänglich günstige funktionelle Resultat der Nervennaht später wieder verloren. Eine zweite Operation ergab als Ursache Kompression des Nervenstammes durch einen Narbenstrang. Um denselben zu schützen, wurde er mit einem Thiersch'schen Epidermislappen umkleidet. Trotz primärer Heilung blieb der funktionelle Erfolg aus. Nach 4 Monaten Resektion der eine spindelförmige Anschwellung des Nerven darstellenden Partie.

Die mikroskopische Untersuchung des in Celloidin eingebetteten Stückes (Dr. Hofmeister) zeigte auf Längsschnitten an Stelle des Nerven ein zellreiches parallelfaseriges Bindegewebe, beiderseits begrenzt von einer Epidermislage mit unregelmäsigem, niedrigem Papillarkörper. Das der Hornschicht gegenüberliegende Gewebe ist ausserordentlich zellreich und enthält zahlreiche Riesenzellen. An beiden Enden der Epitheleinscheidung bemerkt man an manchen Schnitten, dass der Epidermisrand weitergewachsen ist und sich vom Nerven auf die gegenüberliegende Wand hinübergeschlagen hat, so dass Hornschicht gegen Hornschicht sieht, getrennt durch ein Lager abgestossener Hornsubstanz.

Das weitere Vorrücken des Epidermisrandes hätte also im Laufe der Zeit mit Sicherheit zu einer Ueberhäutung des ganzen den eingescheideten Nerven umgebenden Bindegewebslagers und damit zur geschlossenen Epithelcyste geführt, ganz in derselben Weise, wie es Garrè in seinen schematischen Zeichnungen von dem mit seinen Gefässen in die Tiefe versenkten Hautstückchen aus geschehen lässt.

Neugebauer berichtet über einen ähnlichen Fall. Es handelte sich um einen 18jährigen Handlanger mit Narbenkompression des Nerv. radialis des rechten Armes. Nach zweimaliger Neurolysis

ohne Erfolg wurde diese Operation zum drittenmal unternommen und dabei wurde der Nerv mit Epidermis umhüllt. Es entstand bald darauf in der Narbe über dem Nerven eine kleine Fistelöffnung aus der sich zuweilen atherombreiähnliche Massen entleerten. Neugebauer bemerkt hiezu: „Gegen die Unversehrtheit seines Nerven- und Muskelsystems musste der Patient eine Fistel hinnehmen, die durch die Haut zum Epithel bekleideten Nerven führt und welche wahrscheinlich immer notwendig sein wird, um die sich fortwährend abschilfernden Hornmassen der epithelialen Nervenumkleidung an die Oberfläche zu schaffen".

Auch die Entstehungsweise der zum Teil ganz analogen Iriscysten spricht dafür. Es können auch ins Auge implantierte Stückchen der Bindehaut oder auch der Lippenschleimhaut zu derartigen Tumoren heranwachsen, wie durch das Tierexperiment bewiesen wurde.

Ich habe nun die bis jetzt veröffentlichten Fälle von traumatischen Epithelcysten, soweit ich sie in der Litteratur auffinden konnte, zusammengestellt. Im ganzen habe ich 55 derartige Fälle gefunden, über die jedoch teilweise nur wenige Notizen vorhanden sind, so dass sie nur zum Teil für unsere Statistik verwertet werden können.

Ursache	Sitz der Cyste	Zeit vor der Verletzg. bis zur Exstirpat. des Tumors	Grösse der Cyste	Geschlecht, Alter und Beruf	Beobachter
1. —	Palmarseite der II. Phal. des linken Daumens.	1 Jahr.	Haselnussgrösse.	67 J., m. Uhrmacher.	Reverdin.
2. Hammerschlag.	Dorsalfläche des linken Daumens.	2½ Jahre.	Grösse einer kl. Kirsche.	48 J. Schmid.	Reverdin.
3. —	Palmarseite des linken Zeigefingers II. Phal.	—	Haselnussgrösse.	Soldat.	Rizet.
4. —	Zwischen Abduct. und Opponens des r. Daumens.	6 Monate.	Haselnussgrösse.	Soldat.	Rizet.
5. —	Hohlhand.	6—7 Jahre.	—	40 J., m.	Muron.
6. —	Volarseite der II. Phal. des linken Zeigefingers.	Mehrere Monate.	Der Tumor nahm die ganze Länge der betr. Phalange ein.	20 J., Dienstmädchen.	Gillette.
7. —	Fingerspitze.	—	—	23 J., m.	Billroth.
8. —	Fingerspitze.	—	—	40 J. m.	Billroth.
9. Hundebiss.	Hohlhand.	5 Monate.	Erbsengr.	44 J., m.	Demay.

Ursache	Sitz der Cyste	Zeit vor der Verletzg. bis zur Exstirpat. des Tumors.	Grösse der Cyste	Geschlecht, Alter und Beruf	Beobachter
10. Bajonettstich.	Volarseite des rechten Zeigefingers.	6 Monate.	Kirschkerngrösse.	22 J. m.	Demay.
11. —	Volarfläche des rechten Ringfingers.	6 Monate.	Erbsengr.	45 J., Taglöhnerin.	Troquart.
12. —	Volarseite des rechten Zeigefingers. II. Phal.	2 Jahre.	Haselnussgrösse.	17 J., Kellner.	Gibier.
13. Stichwunde.	Kleinfinger der l. Hand.	2½ Jahre.	Haselnussgr.	22 Jahre. Schmied.	Rizet.
14. Phlegmone.	Hohlhand.	3 Jahre.	—	Derselbe.	Rizet.
15. Blase auf der Haut.	Volarseite des rechten Zeigefingers.	7 Monate.	Bohnengr.	Arbeiter.	Rizet.
16. —	Rechter Zeigefinger I. Phal.	—	Haselnussgr. verkalkter Tumor.	22 J., Soldat.	Rizet.
17. —	Linker Mittelfinger. II. Phal	—	Haselnussgr	37 Jahre, Arbeiter.	Küster.
18. —	Linker Zeigefinger.	6—7 Monate.	—	22 J, Soldat.	Chavasse.
19. —	Ringfinger.	4 Jahre.	—	59 J., m.	Poland.
20.—22. —	Volarseite der Finger.	—	—	—	Godlee.
23. —	Zeigefinger.	—	—	Arzt.	Savage.
24. —	Hohlhand.	3—4 Jahre.	Beinahe Nussgrösse.	40 J., m.	Treves.
25. —	Hohlhand.	2 Jahre.	Mandelgr.	40 J., chir. Instrumentmacher.	Polaillon.
26. Verletzg. beim Holzspalten.	Palmarseite des rechten Daumens.	24 Jahre.	Nussgrösse.	42 J., m.	Gross.
27. Stichverletzung.	Linker Mittelfinger. II. Phal.	6 Jahre.	Erbsengr.	37 J., Kupferschm.	Gross.
28. Stich.	Rechter Zeigefinger. II. Phal.	6 Monate.	—	36 Jahre, Arbeiter.	Lalitte.
29. —	Linker Mittelfinger II. Phal.	—	—	50 J., m.	Kirmisson.
30. Maschinenverletzg.	Kleinfinger der l. Hand.	8 Jahre.	Haselnussgr.	Schreiner.	Villar.
31. —	Linker Zeigefinger. III. Phal.	2 Jahre.	Kirschgrösse.	21 Jahre, Schmied.	Guermonprez.
32. Verletzg. durch einen Nagel.	Hohlhand.	1 Jahr.	Haselnussgr.	Soldat.	Poulet.

Ursache	Sitz der Cyste	Zeit vor der Verletzg. bis zur Exstirpat. des Tumors	Grösse der Cyste	Geschlecht, Alter und Beruf	Beobachter
33. Verletzg. durch eine Futterschn.-maschine.	Rechter Ringfinger. I. Phal.	2 Monate.	12 mm lang 7—8mm breit.	32 J., w.	Garrè.
34. Verletzg. durch einen Volkmann'schen Haken.	Spitze des Mittelfingers der l. Hand.	Einige Woch.	Hanfkorngrösse.	Chirurg.	Garrè.
35. —	Hohlhand.	—	—	Mann.	Villar.
36. —	Rechter Zeigefinger.	—	2 cm lang.	78 J., w.	Villar.
37. —	Mittelfinger. II. Phal.	—	—	Mann.	Verchère.
38. —	Mittelfinger der r. Hand.	—	—	—	Guillier.
39. Verletzg.	Hohlhand.	—	—	Branntweinbrenner.	Jonnesco.
40. Verletzg.	Hohlhand.	7 Monate.	Erbsengr.	Frau.	Reverdin.
41. Stichverletzg., hierauf Panaritium.	Daumen.	—	—	Frau.	Mollière.
42. Trauma, im Anschluss daran Panaritium.	Daumen.	—	—	—	Verchère.
43. —	Rechter Mittelfinger. II. Phal.	—	Haselnussgr.	45 J., m. Bauer.	Labougle.
44. —	Rechter Mittelfinger	4 Jahre.	—	50 Jahre, Kaufmann.	Labougle.
45. Verletzg. durch einen Holzsplitter.	Hohlhand.	3 Jahre	Haselnussgr.	52 J., m.	Labougle.
46. Verletzg. mit nachfolgendem Panaritium.	Zeigefinger der r. Hand.	—	—	23 J., Soldat.	Labougle.
47. —	Rechter Mittelfinger. I. Phal.	—	—	—	Blumberg.
48. —	Linker Mittelfinger I. Phal.	—	—	—	Blumberg.
49. Verletzg.	Hohlhand.	—	—	—	Blumberg.
50. Nach der Operation eines eingewachsenen Nagels.	Rechte grosse Zehe.	3 Monate.	Linsengrösse.	23 Jahre, Arbeiter.	Martin.
51. Nach der Op. eines angewachsenen Nagels.	Rechte grosse Zehe.	1½ Jahr.	¾ cm Durchmesser.	18 Jahre, Jüngling.	Martin.

Ursache	Sitz der Cyste	Zeit vor der Verletzg. bis zur Exstirpat. des Tumors	Grösse der Cyste	Geschlecht, Alter und Beruf	Beobachter
52. Stichverletzung?	Volarseite der Endphalanx des l. Daumens.	3 Jahre.	Haselnusskerngrösse.	18 Jahre, Dienstmädchen.	Sutton.
53. —	Volarseite der Grundphalanx des linken Kleinfingers.	—	—	—	Bohm.
54. —	Endphalanx des linken Zeigfingers.	—	—	—	„
55. Stich mit einem rostigen Nagel.	Hohlhand.	5 Jahre.	Taubeneigr.	8 J., Knabe.	„

Wenn wir die vorstehenden statistischen Angaben zunächst in Beziehung auf die Aetiologie der Epithelcysten genauer betrachten, so findet sich dieselbe unter 55 Fällen nur 24 mal angegeben. Aber jedesmal sind es Traumen, welche zur Entstehung dieser Cystengeschwülste Veranlassung gegeben haben. Meist sind es Stichverletzungen; 1mal war, wie in unserem ersten Fall, ein Hammerschlag die Ursache der Entstehung einer Epithelcyste; 3mal entstand die Epithelcyste im Anschluss an ein Panaritium, und Martin beschrieb 2 Fälle von derartigen Cystengeschwülsten, entstanden nach der Operation eines eingewachsenen Nagels. Auch in den übrigen Fällen, in denen wir über die Aetiologie nichts erfahren, dürfen wir wohl ein ähnliches Trauma voraussetzen. Denn da die Träger dieser Geschwülste meist der arbeitenden Klasse angehören, so ist es sehr wohl denkbar, dass derartige kleine Verletzungen von ihnen gar nicht bemerkt oder doch bald wieder vergessen wurden.

Was den Sitz der Geschwülste betrifft, so sind dieselben meist in der Hohlhand und an der Volarseite der Finger zu treffen; 12mal in der Hohlhand und 40mal an der Volarseite der Finger. Einmal sass die Cyste an der Dorsalfläche des Daumens und 2mal an der grossen Zehe am Uebergang des seitlichen in den hinteren Nagelwall, nach Martin dadurch entstanden, „dass ein bei der Operation des eingewachsenen Nagels zurückgelassener Teil der Nagelmatrix zu einer cystischen Geschwulst auswächst, nachdem die von

Epithel entblössten Flächen des benachbarten Nagelwalles und Nagelbettes mit einander verheilt sind."

Die Wachstumsenergie dieser Epithelcysten ist eine sehr geringe. Die Cyste kann Monate, ja selbst Jahre lang bestehen, bis sie zur Grösse einer Haselnuss heranwächst. In unserem 1. Fall hatte die Cyste stark Kirschgrösse im Verlauf von 1½ Jahren, in Bohm's Beobachtung Taubeneigrösse in 5 Jahren erreicht. Die grösste bis jetzt beschriebene Geschwulst war im Verlauf von 24 Jahren nussgross geworden. Die Epithelcysten können auch verkalken; Rizet hat einen derartigen Fall beschrieben.

Wie schon erwähnt, gehören die Träger dieser Geschwülste hauptsächlich der arbeitenden Klasse an; ferner sind es Personen, welche infolge ihrer Beschäftigung häufigen Verletzungen an den Fingern ausgesetzt sind, wie Chirurgen, Instrumentenmacher etc. Endlich sind es fast ausschliesslich männliche Individuen. Unter den obigen 55 Fällen wurden nur 7 weibliche Individuen gefunden. Dies erklärt sich nach Garrè aus der Beschäftigung der Männer, die eher zu Verletzungen der Hände Veranlassung giebt.

Die Diagnose bietet in der Regel keine Schwierigkeiten, sobald man überhaupt an die Möglichkeit einer traumatischen Epithelcyste denkt. Nur auf eine Eigentümlichkeit sei hier hingewiesen, welche bisher keine besondere Beachtung gefunden zu haben scheint und die in unserm Fall einen diagnostischen Irrtum veranlasste, ich meine die Ansammlung einer grösseren Menge seröser Flüssigkeit im Innern des Balges, welche deutliche Fluktuation und eine ausgesprochene Transparenz der Geschwulst bedingen kann. Sie hatte im Verein mit dem Sitz des Tumors zur Annahme eines Sehnenscheidenhygroms verleitet.

In praktischer Hinsicht ziehen wir aus unseren Ermittlungen den Schluss, dass die Epithelcysten erheblich häufiger sind, als man früher angenommen hat. Sie treten nach den verschiedenartigsten, meist geringfügigen Verletzungen auf, und zwar sowohl nach Verletzungen mit mehr oder weniger stumpfen Instrumenten, als auch nach ganz kleinen Stichverletzungen. Endlich ist zu beachten, dass auch nach Operationen von eingewachsenen Nägeln solche Cysten entstehen können, ebenso wie nach der Epidermiseinkleidung eines Nerven, so dass der Versuch, die Nahtstelle eines frisch genähten Nervens auf diese Weise gegen Verwachsungen mit der Umgebung zu schützen, nicht unbedenklich erscheint.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. v. Bruns für die Ueberlassung des Themas, sowie Herrn Privatdocent Dr. Hofmeister und Herrn Dr. Henke für die freundliche Unterstützung bei Ausarbeitung desselben meinen innigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Blumberg. „Ueber sog. traumatische Epithelcysten." Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1894. Bd. 38.

Bohm. Virchow's Archiv. Bd. 144. Heft 2. pag. 276.

Chiari. Ueber Genese der sog. Atheromcysten. Internat. Kongress. 1890. II. S. 130.

—. Ueber Genese der sog. Atheromcysten. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XII. 1891. S. 189.

Franke. Ueber das Atherom. Archiv für klin. Chirurg. Bd. 34. 1887.

—. Beiträge zur Geschwulstlehre. Virchow's Archiv. Bd. 121. 1890.

—. Ueber Epidermoide (sogen. Epithelcysten). Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 40. 1895.

Garrè. Ueber traumatische Epithelcysten der Finger. Diese Beiträge. Bd. XI. S. 524 ff. 1894.

Henle. Handbuch der Anatomie. II. S. 40.

Kaufmann. Ueber Enkatarrhaphie von Epithel. Virch. Arch. Bd 97. 1884.

—. Ueber experimentelle Erzeugung von Atheromen. Virchow's Archiv. Bd. 107. 1887.

Labougle. Anatomie, Pathologique et Pathogénie des kystes épidermiques de la main. Paris 1889.

—. Monatsschrift für Unfallheilkunde 1894. S. 150.

Martin. Zeitschrift für Chirurgie 1896.

Neugebauer. Zur Neurorrhaphie und Neurolysis. Diese Beiträge. Bd. XV. S. 488.

Reverdin. Des kystes épidermiques des doigts. Revue médicale de la Suisse Romande. Nr. 3 und 4. 1887.

—. Revue médic. de la Suisse Romande. 1889. pag. 87.

Ribbert. Ueber die Entstehung der Geschwülste. Deutsche medicin. Wochenschr. 1895. Nr. 1 ff.

Schweninger. Beiträge zur experimentellen Erzeugung von Hautgeschwülsten. Charité-Annalen XI. 1886.

Sutton. Brit. med. Journ. 1895. pag. 463.

Virchow. Geschwülste. I. S. 224.

v. Winiwarter. Die chirurg. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes. Deutsche Chirurg. 1892. S. 644.

Wernher. Vichow's Archiv. Bd. VIII. 1855.